

Numele Pacientului: \_\_\_\_\_ Numărul de identificare al pacientului: \_\_\_\_\_  
 Data nașterii: \_\_\_\_\_

**I. ÎNCERCUIȚI RĂSPUNSUL CORECT** (nu răspundeți la întrebările pe care nu le înțelegeți):

- |    |    |    |   |
|----|----|----|---|
| 1. | Da | Nu | Este bună starea dvs. de sănătate?  |
| 2. | Da | Nu | A fost vreo schimbare în starea Dvs. de sănătate în ultimul an?   |
| 3. | Da | Nu | Ați fost internat în spital sau ați suferit de o boală gravă în ultimii trei ani?<br>Dacă DA, de ce? _____                        |
| 4. | Da | Nu | Sunteți tratat acum de un medic? Pentru ce boală? _____<br>Data ultimului examen medical _____ Data ultimului examen dentar _____ |
| 5. | Da | Nu | Ați avut probleme datorită unui tratament dentar anterior?  |
| 6. | Da | Nu | Aveți dureri acum?  |

**II. AȚI AVUT VREODATĂ:**

- |     |    |    |   |     |    |    |                                      |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------------|
| 7.  | Da | Nu | Durere în piept (angina)?   | 18. | Da | Nu | Amețeală?                            |
| 8.  | Da | Nu | Picioare umflate?   | 19. | Da | Nu | Țiuit în urechi?                     |
| 9.  | Da | Nu | Probleme de respirație?   | 20. | Da | Nu | Dureri de cap?                       |
| 10. | Da | Nu | Recentă pierdere de greutate, febră, transpirație în timpul nopții? | 21. | Da | Nu | Leșinuri?                            |
| 11. | Da | Nu | Tuse persistentă, tuse cu sînge?                                    | 22. | Da | Nu | Vedere neclară?                      |
| 12. | Da | Nu | Sîngerări repetate, sensibilitate crescută a pielii?                | 23. | Da | Nu | Spasme, convulsii?                   |
| 13. | Da | Nu | Probleme cu sinusurile?   | 24. | Da | Nu | Sete excesivă?                       |
| 14. | Da | Nu | Dificultate la înghițire?   | 25. | Da | Nu | Urinare frecventă?                   |
| 15. | Da | Nu | Diaree, constipare, sîngerare în timpul scaunului?                  | 26. | Da | Nu | Gură uscată?                         |
| 16. | Da | Nu | Vomitare frecventă, greață?   | 27. | Da | Nu | Gălbenare sau hepatită?              |
| 17. | Da | Nu | Dificultate în urinare, sînge în urina?                             | 28. | Da | Nu | Durere, înțepenire a încheieturilor? |

**III. AVEȚI SAU AȚI AVUT:**

- |     |    |    |   |     |    |    |  |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--|
| 29. | Da | Nu | Boală de inimă?                                     | 40. | Da | Nu | SIDA (AIDS)?                           |
| 30. | Da | Nu | Atac de inimă, defecte ale inimii?                  | 41. | Da | Nu | Tumori, cancer?                        |
| 31. | Da | Nu | Murmurări ale inimii?                               | 42. | Da | Nu | Artrită, reumatism?                    |
| 32. | Da | Nu | Febră reumatică?                                    | 43. | Da | Nu | Boli de ochi?                          |
| 33. | Da | Nu | Atac cerebral, blocări arteriale?                   | 44. | Da | Nu | Boli de piele?                         |
| 34. | Da | Nu | Tensiune crescută?                                  | 45. | Da | Nu | Anemie?                                |
| 35. | Da | Nu | Astmă, tuberculoză, emfizemă, alte boli de plămîni? | 46. | Da | Nu | Boli venerice (sifilis sau blenoragie) |
| 36. | Da | Nu | Hepatită, alte boli de ficat?                       | 47. | Da | Nu | Herpes?                                |
| 37. | Da | Nu | Probleme la stomac, ulcer?                          | 48. | Da | Nu | Boli de rinichi, vezică urinară?       |
| 38. | Da | Nu | Alergie la: medicamente, mîncare, latex?            | 49. | Da | Nu | Boli de tiroidă, alte glande?          |
| 39. | Da | Nu | Diabet, probleme cu inima sau tumori în familie?    | 50. | Da | Nu | Diabet?                                |

**IV. AVEȚI SAU AȚI AVUT:**

- |     |    |    |                             |     |    |    |                                 |
|-----|----|----|-----------------------------|-----|----|----|---------------------------------|
| 51. | Da | Nu | Tratament psihiatric?       | 56. | Da | Nu | Spitalizare?                    |
| 52. | Da | Nu | Tratament cu radiații?      | 57. | Da | Nu | Transfuzii de sînge?            |
| 53. | Da | Nu | Chimoterapie?               | 58. | Da | Nu | Operații chirurgicale?          |
| 54. | Da | Nu | Valvă artificială la inimă? | 59. | Da | Nu | Stimulator cardiac (pacemaker)? |
| 55. | Da | Nu | Încheieturi artificiale?    | 60. | Da | Nu | Lentile de contact?             |

**V. FOLOSIȚI**

- |     |    |    |  |     |    |    |                       |
|-----|----|----|--|-----|----|----|-----------------------|
| 61. | Da | Nu | Droguri?   | 63. | Da | Nu | Tutun în orice formă? |
| 62. | Da | Nu | Medicamente fără rețetă (inclusiv aspirină), alternative naturale? | 64. | Da | Nu | Alcool?               |

Vă rugăm să înșiruiți: \_\_\_\_\_

**VI. NUMAI FEMEILE:**

- |     |    |    |   |     |    |    |                                      |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------------|
| 65. | Da | Nu | Sunteți sau s-ar putea să fiți gravidă, sau ați născut de curînd? | 66. | Da | Nu | Luați medicamente anticoncepționale? |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------------|

**VII. TOȚI PACIENȚII:**

67. Da Nu Aveți sau ați avut alte boli sau probleme medicale care NU sunt menționate în acest chestionar?  
 Dacă DA, vă rugăm să explicați \_\_\_\_\_

*Am răspuns complet și corect la fiecare întrebare, cît am știut de bine. Voi informa dentistul despre orice schimbare în starea mea de sănătate și/sau tratament medical.*

Semnătura pacientului: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**VERIFICARE PERIODICĂ:**

Semnătura pacientului: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Semnătura pacientului: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Semnătura pacientului: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_